



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

CURSO: PSICOLOGIA

**OS EFEITOS DO DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE
DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (TDAH) NO
AMBIENTE ESCOLAR**

SONIA BÁRBARA DE AZEVEDO E SOUSA NETA

BRASÍLIA

NOVEMBRO/2006

SONIA BÁRBARA DE AZEVEDO E SOUSA NETA

**OS EFEITOS DO DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO
DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE
(TDAH) NO AMBIENTE ESCOLAR**

Monografia apresentada como requisito para
conclusão de curso de Psicologia do
UniCEUB – Centro Universitário de Brasília.
Prof^ª Orientadora: Eileen Pfeiffer Flores.

Brasília/DF, Novembro de 2006.

Dedico este trabalho ao meu filho Gabriel, um ser pequenino que me mostrou a força do amor entre uma mãe e seu filho, que hoje toma conta do meu coração, do meu pensamento, das minhas emoções e da minha vida.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus pela vida e força de mostrar que nunca é tarde para se realizar e alcançar nossos objetivos. Aos meus pais, Antônia Sarita e José Francisco, que desde o início acreditaram no meu potencial e sempre me apoiaram nas minhas escolhas. Aos meus avós queridos, Sátiro e Sônia, que contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade. Ao meu marido, Vilson, que compreendeu a minha ausência do lar, me ajudando a cuidar da nossa família e nosso filho, sempre com muita dedicação.

Um agradecimento especial à professora Eileen Pfeiffer Flores pelo seu interesse, paciência e motivação na orientação deste trabalho de conclusão de curso.

Sumário

Dedicatória.....	ii
Agradecimento.....	iii
Sumário.....	iv
Resumo.....	v
Introdução.....	01
Capítulo 1 – As Diferentes concepções de saúde-doença e seu impacto sobre a psicologia.....	03
Capítulo 2 – O Conceito tradicional de TDAH	
2.1 Histórico do conceito.....	08
2.2 Definição	14
2.3 Diagnóstico e Prevalência	20
Capítulo 3 – Os efeitos do diagnóstico sobre o desempenho do escolar e sobre a relação professor e aluno.....	25
Conclusão.....	34
Referências Bibliográficas.....	37

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo propor uma reflexão crítica acerca do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH) dentro do campo de dificuldades de aprendizagem e a medicalização do fracasso escolar. Primeiramente foi traçado um histórico do conceito de TDAH abordando os vários termos e pesquisas utilizadas por autores clássicos até os mais atuais. Depois, apresentado a definição do TDAH por vários autores, pelo DSM – IV e CID -10, os critérios diagnósticos e a sua prevalência, atentando para o fato de que o número crianças que são consideradas com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade parece aumentar a cada dia, chegando a 3% a 5% de crianças em idade escolar. Finalmente, enfatizamos os efeitos do diagnóstico sobre o desempenho escolar das crianças diagnosticadas sobre a relação professor e aluno, tentando mostrar que os problemas de aprendizagem podem não ter sua origem apenas em aspectos cognitivos, mas também em vários aspectos, como rotulações e práticas pedagógicas não adequadas aos alunos com dificuldades de aprendizagem. Concluiu-se, ao final desse trabalho que crianças que apresentam o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade são crianças com capacidade de aprendizagem iguais a qualquer criança.

Palavra-chave: Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade, medicalização do fracasso escolar, aprendizagem, relação professor-aluno.

O estudo sobre o Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH) tem interessado muitos pesquisadores, pais, família, professores, escolas e profissionais da área de medicina, psicologia e educação. O número de crianças que são diagnosticadas com o TDAH aumenta cada vez mais, com prevalência de três a seis por cento das crianças e sendo o mais comum em fase escolar.

Segundo Hallowel (1999) o TDAH é uma síndrome neurológica, com a clássica tríade de sintomas que a define incluindo impulsividade, falta de concentração, hiperatividade e impulsividade.

A proposta deste trabalho é levantar questões pertinentes ao diagnóstico de TDAH, e sua relação com a medicalização do fracasso escolar das crianças diagnosticadas. Discutir como é feito o diagnóstico de TDAH, quais as definições e seus critérios, também as questões e os fatores que promovem ou impedem a aprendizagem e o sucesso escolar.

É de grande importância abordar as questões que envolvem o desempenho escolar de crianças diagnosticadas com TDAH. São muitos os fatores que podem influenciar no fracasso escolar, mas os principais são as rotulações e práticas discriminatórias que essas crianças sofrem pelos professores, prejudicando a relação professor-aluno. Uma crítica à essas questões pode informar e ajudar aos profissionais da escola a não subestimar a capacidade dos alunos com dificuldades especiais e adotar uma postura profissional adequada.

O presente trabalho se estrutura em um primeiro momento nas representações da relação saúde-doença. É traçado o histórico, desde o surgimento da representação nos povos sem escrita até os tempos atuais, com enfoque em como psicologia se relaciona com relação saúde-doença, e de que forma essa relação se reflete numa interpretação das crianças inquietas, com dificuldades de concentração e dificuldades de frear impulsos como padecentes de uma doença.

Em seguida traçamos o histórico que envolve o TDAH, a base de suas pesquisas, os termos que foram utilizados ao longo do tempo até a atual definição, a prevalência e os critérios utilizados para o diagnóstico. Também são tratadas questões sobre como o TDAH foi utilizado como justificativa para o fraco desempenho escolar de algumas crianças, caracterizando a medicalização do fracasso escolar.

Por ultimo destacam-se os efeitos que o diagnóstico de TDAH sobre o desempenho escolar e sobre a relação professor-aluno. Fatores como as representações sociais, a construção da identidade da criança, os rótulos e a exclusão, influenciam para uma segregação desses alunos mesmo estando em classes regulares. E ainda destacando que a inclusão escolar deve ser assumida verdadeiramente no seu real significado por aqueles que participam direta ou indiretamente do processo educativo, fornecendo as crianças os apoios necessários para sua aprendizagem como recursos tecnológicos, professores especializados, práticas pedagógicas adequadas e motivadoras.

Capítulo 1

As Diferentes Concepções de Saúde e Doença e seu impacto sobre a Psicologia

O que é saúde? O que é doença? Saúde e doença têm sido preocupação constante de profissionais e pesquisadores da área da saúde não somente em relação à sua definição, mas também em relação a outros questionamentos sobre o assunto. Saúde e doença podem ser coisas diferentes e não significar a mesma coisa, como também podem ser sentidos de em graus e maneiras diferentes, dependendo de cada indivíduo e cultura. (Savastano, 1980).

A relação saúde-doença é muito complexa, um processo cujo desenvolvimento é determinado por um conjunto de fatores em integração, o que faz com que os profissionais da saúde tenham uma série de condutas fundamentadas nos vários ramos da ciência que possam ser usadas para interferir nesse processo (Duarte, Terra & Silva, 2005).

A Organização Mundial de Saúde define a saúde como um perfeito bem-estar físico, mental e social e não apenas uma ausência de doença ou enfermidade, e a considera como sendo um direito humano. O bem-estar é um estado individual no qual o indivíduo de um dado sexo e em um dado estágio de crescimento e desenvolvimento deve encontrar os requisitos mínimos para o funcionamento apropriado na dada categoria de sexo e no dado nível de desenvolvimento (Savastano, 1980).

A definição de Saúde da Organização Mundial de Saúde foi questionada por ser considerada ultrapassada principalmente por visar uma perfeição inatingível. Trata-se de uma definição irreal porque o “perfeito bem-estar” coloca uma utopia. O que é o “perfeito bem-estar”? É possível caracterizar-se a perfeição? (Segre & Ferraz, 1997).

A relação entre saúde e doença sempre esteve relacionada com a inter-relação entre corpos dos seres humanos, as coisas que os rodeiam e os demais seres humanos, como os

elementos naturais e sobrenaturais, os valores, cultura, a crença dos povos, sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios, os astros, a natureza, o sofrimento, a dor e a perspectiva de morte. As primeiras representações de saúde e doença surgiram entre os povos sem escrita e eram consideradas representações mágicas, onde a doença era o resultado das entidades sobrenaturais contra suas vítimas onde o ser humano pouco ou nada podia fazer. Para esses povos os demônios se apossavam dos corpos e provocavam as doenças e deveriam ser exorcizados. Com a cultura dos egípcios ocorreu uma naturalização da saúde e doença, relacionada com as crenças sobrenaturais, mágicas e religiosas. Futuramente foi passada aos gregos que atuavam nos templos e com sacerdotes dos deuses da medicina, usando a convicção de que as doenças não eram causadas por demônios ou forças sobrenaturais, mas por fenômenos naturais (Sevalho, 1993).

A igreja católica entra como um importante influenciador das representações de saúde-doença na Idade Média, quando a relação saúde-doença tinha um caráter religioso. A religiosidade separava corpo e mente, enquanto carne e espírito, e os corpos eram abrigos das almas. O catolicismo anunciava a cura para todos os males pela religião, igualando as pessoas perante Deus, também na morte. Com a racionalidade humanista de caráter individual se impondo sobre o anonimato e o corte da crítica e da criatividade que o catolicismo havia imposto, essa representação da saúde-doença foi sendo ultrapassada (Sevalho, 1993).

O mercantilismo, a burguesia mercantil e bancária, as artes e ciências floresceram e um outro contexto foi estabelecido onde uma divisão entre o ser humano e natureza era estabelecida. Com o desenvolvimento da astrologia foi construído um diagrama de um ser humano zodiacal, e partes do corpo humano foram relacionadas aos astros e signos, indicando melhores e piores épocas para o uso de remédios. Com a evolução cultural as representações sobre saúde-doença se proliferaram. (Sevalho, 1993).

Desde a metade do século XX, a pobreza, se não era considerada a causa direta da doença, era o principal determinante. Havia condições propícias para diminuir os problemas de saúde pública, mediante a manipulação do ambiente e as atenções se voltavam principalmente para as doenças infecciosas. Ao longo dos primeiros anos, a humanidade teve de suportar o suceder de várias epidemias, como a malária e a varíola, e a partir dessa época, desenvolveu-se a preocupação com as doenças crônicas e os supostos fatores de risco ocorrentes no ambiente. A saúde pública buscava maneiras pelas quais os fatores biológicos, físicos e sociais, poderiam representar riscos, traduzíveis em ameaças à saúde e à qualidade de vida. O Século XX assistiu à aplicação de tecnologia mais desenvolvida no controle do ambiente físico. Mediante a ampliação do saneamento ambiental, maior número de pessoas teve acesso ao fornecimento de água potável e ao tratamento adequado de esgotos. Na segunda metade do século cresceu o reconhecimento da relação dos agravos à saúde a fatores sociais como a pobreza. Importantes estudos do ambiente social foram feitos para melhor entendimento dos fatores determinavam o caminho que leva à doença, qualidade de vida e saúde (Editorial da Revista Saúde Pública, 2000).

No século XX os estudos passaram a se preocupar com determinantes biomédicos e não mais com a influência dos fenômenos sociais e suas variantes administrativas, educacionais, econômicas, políticas e outras. As dimensões éticas passaram a merecer maior atenção, uma vez que se trata não apenas de indivíduos, mas sim de corpos sociais corporativos com os direitos individuais no sentido de se submeterem a tratamentos adequados. Assim novo enfoque da ética da saúde pública deveria diferenciar-se da simples bioética médica (Editorial Revista Saúde Pública, 2000).

Sufrimento e doença, todo o processo de envelhecimento e a morte, fazem parte da existência humana. As representações de explicação com relação a esses fenômenos naturais não se reduzem as evidências orgânicas, mas estão intimamente relacionados às

características de cada sociedade e cada época, não apenas expressando a dinamicidade desses processos, mas condicionando também as próprias práticas de saúde. A permanente presença da doença e do sofrimento no cotidiano das pessoas tem gerado a tendência natural de pensar a saúde em termos de “ausência de doença”, ou seja, como ausência de sinais objetivos de que o corpo não está funcionando adequadamente, e/ou de sintomas subjetivos de mal-estar, doença ou lesão (Yépez, 2001).

A concepção de saúde como sendo ausência de doença está relacionada com a visão de doença como uma entidade, ou seja, um ser sólido localizado no corpo do indivíduo e com uma causa específica. Essa concepção é chamada de Visão Mecanicista, que percebe o processo de saúde-doença como mecânico e estático, onde o indivíduo é comparado com uma máquina constituído por “peças”, e a idéia de doença é limitada ao defeito de uma ou várias “peças” do corpo. Outra concepção de saúde é a chamada Visão Organicista, onde o processo de saúde-doença é resultante das dificuldades de adaptação do organismo ao ambiente, considerando os fatores causais envolvidos, como por exemplo, situações ambientais, hereditariedade, constituição do indivíduo, fatores nutricionais, hormonais e até sociais. A Visão Organicista localiza a doença no indivíduo, remetendo uma causa individual e vendo o indivíduo como um todo que é frágil, e não apenas como “peças” de uma máquina como considerada a Visão Mecanicista (Werner, 2000).

Na relação Saúde-Educação o processo saúde-doença é importante para entender que a aprendizagem é um processo dinâmico e complexo e que não se esgota em analogias mecânicas ou definições idealísticos-estáticas. Muitos profissionais de Saúde que compartilham da Visão Mecanicista fazem diagnósticos de doenças em crianças para explicar o fracasso escolar, colocando a culpa apenas no aluno, no seu ambiente familiar, seu cérebro, sua fragilidade, sua maturidade cognitiva e emocional, e isentando o sistema escolar. Essas

tentativas de encontrar uma causa orgânica para o mau rendimento escolar dão possibilidades da medicalização do fracasso escolar, ou seja, a busca de causas e soluções médicas para os problemas sociais. Como consequência da medicalização, surge à necessidade de se incorporar aos serviços de saúde escolar o atendimento em áreas mais especializadas como da psicologia, fonoaudiologia e neurologia (Werner, 2000).

Dependendo da concepção de saúde, a dificuldade de concentração e a hiperatividade de um aluno poderia ser considerada sinais de uma doença, ou seja, algo sólido localizado no corpo, justificando assim as dificuldades e características do aluno como uma alteração localizada no cérebro. O movimento social foi em busca de justificativas e soluções para o fracasso escolar, então foram formulados quadros diagnósticos fundamentados pelas contribuições médicas e especialistas no assunto (Werner, 2000).

O pensamento médico produziu uma nova organização teórica de novas categorias e conceitos como na classificação dos transtornos supostamente relacionados ao fracasso escolar. Na intenção de analisar criticamente as classificações e explicações médicas para as dificuldades na aprendizagem de crianças, foi escolhida como material de análise a atual classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), por ele ser base para a Classificação Internacional de Doenças (CID) e ser bastante utilizados pelos médicos, onde estão classificados: o Retardo Mental, os Transtornos de Aprendizagem e o Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (Werner, 2000). Para um melhor entendimento sobre o TDAH, no próximo capítulo serão apresentados os conceitos, as definições, prevalência e os critérios diagnósticos utilizados pelo DSM- IV e CID-10.

Capítulo 2

O Conceito tradicional de TDAH

2.1 Histórico do conceito

Crianças hiperativas e desatentas sempre existiram, mas não se caracterizava um grupo reconhecido com alterações no comportamento. Um dos primeiros trabalhos registrados foi do médico George Fredrick Still (1902 citado por Schwartzman 2001) onde ele descreveu o termo *Defeito no Controle Moral* como uma dificuldade na inibição de respostas aos estímulos como influencia hereditária, presente em crianças com comportamentos agressivos, desafiadores, indisciplinados, cruéis, com dificuldades de atenção e pouco controle.

Meyer (1904) e posteriormente Goldstein (1936 citados por Schwartzman 2001), observaram o mesmo comportamento descrito em crianças que haviam sofrido lesões cerebrais traumáticas, e sugeriram o termo *Distúrbio Orgânico do comportamento e Lesionado Cerebral* para classificar esses distúrbios comportamentais que teriam influencia das decorrentes das lesões.

Hohman (1922 citado por Schwartzman 2001) observou os mesmos comportamentos em crianças que haviam tido encefalite epidêmica em 1917. Essas crianças apresentaram problemas na atenção, concentração, regulação do afeto, da atividade e da memória. O termo Lesão Cerebral Mínima (LCM) foi utilizado para rotular crianças que apresentavam tais comportamentos, embora não houvesse evidência segura de um insulto ao sistema nervoso central, mas que o comportamento presente sugeria que este insulto tivesse ocorrido em algum momento. Até aqui não se fazia a distinção entre o quadro comportamental e as eventuais dificuldade de aprendizagem escolar.

Na literatura existe uma variedade de termos que foram utilizados para classificar a hiperatividade como doença, citados por Werner, (2000): *Lesão Cerebral Mínima* (Strauss e Lehtinen, 1947), *Síndrome do impulso hiperkinético* (Laufer, 1957), *Disfunção cerebral mínima* (Grupo de Estudos Internacionais de Oxford em 1962), *Reação hiperkinética da infância* (Associação Americana de Psiquiatria em 1968), *Síndrome hiperkinética da infância* (OMS em 1978), *Distúrbio deficitário da atenção - com ou sem hiperatividade* (Associação Americana de Psiquiatria, 1980), *Distúrbio de hiperatividade por déficit de atenção* (Associação Americana de Psiquiatria em 1987) e *Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade* (Associação Americana de Psiquiatria, 1993).

Strauss e Lehtinen (1947 citado por Cypel 2003) procuraram estabelecer uma associação entre as lesões cerebrais e as dificuldades no aprendizado, priorizando a busca de um substrato orgânico e sinais de exame neurológico que possibilitassem a evidência de um diagnóstico. Mas por falta de recursos o estudo foi interrompido levando a uma conclusão de que se tratava de um quadro de *Lesão Cerebral Mínima* (LCM) onde as alterações funcionais apresentadas pelas crianças seriam devidas a pequenas lesões cerebrais. Durante anos o interesse dos neurologistas pelo assunto cresceu, porém os diagnósticos não eram feitos em bases concretas e muitas vezes em bases subjetivas e utilizando diferentes critérios, o que acarretou em uma confusão na compreensão do tema tornando-se apenas uma suposição cuja a única evidência era o próprio fenômeno que se queria explicar.

O termo *Lesão Cerebral Mínima* foi abandonado em um encontro em Oxford e adotou-se o termo *Disfunção Cerebral Mínima* (DCM) proposto por Clementes e Peters em 1962 (citado Werner, 2000), onde já se admitida uma relação entre as dificuldades na aprendizagem escolar e o comportamento hiperativo. Médicos e especialistas no assunto formalizaram quadros diagnósticos e adotaram outro termo para o tema, a Síndrome de

disfunção cerebral mínima (DCM), cuja definição oficial foi publicada em 1966 pelo Public Health Service:

o termo disfunção cerebral mínima refere-se a crianças com inteligência geral próxima da média, média ou superior à média, com distúrbios de aprendizagem e / ou de comportamento, que variam de grau leve a severo, associados a desvios de funcionamento do sistema nervoso central. Esses desvios manifestam-se por variadas combinações de déficit na percepção, conceituação, linguagem, memória e controle da atenção, dos impulsos ou função motora. Essas anomalias podem ser decorrentes de variações genéticas, irregularidades bioquímicas, sofrimento perinatal, moléstias ou traumas sofridos durante os anos críticos para o desenvolvimento e maturação do sistema nervoso central ou de causas desconhecidas. A definição admite a possibilidade de que privações severas precoces possam resultar em alterações permanentes do sistema nervoso central. Durante os anos escolares uma variedade de incapacidades de aprendizagem constitui a mais importante manifestação do que é definido por disfunção cerebral mínima (Clements e Peters, citado por Werner, 2000, p. 107).

A partir da década de 60, iniciam-se nos EUA pesquisas sobre o diagnóstico e tratamento das crianças que apresentavam dificuldades escolares, surgindo assim um novo campo relacionado às queixas sobre o comportamento do aluno em sala de aula e o fracasso escolar. Esse novo campo de pesquisas enquadrava as crianças como portadoras de distúrbio

de aprendizagem, e adotou o termo médico *Distúrbio Cerebral Mínimo*, conceito que se institucionalizou e popularizou nos EUA, responsável pelo encaminhamento de crianças para os programas clínicos específicos com a estimativa que 10 milhões de crianças americanas apresentavam este tipo de problema (Schwartzman, 2001).

A demanda para pesquisas sobre os distúrbios de aprendizagem teve como ponto principal os questionamentos da classe média americana sobre o fracasso de seus filhos na escola. Pais questionavam quais os motivos de seus filhos não estarem alcançando um bom desempenho na escola, e ao reclamar com a escola uma solução, estas responderam com a criação de uma nova categoria médica para explicar o fracasso escolar, a DCM. Esse processo de deslocar o problema que na maioria dos casos é de plano social para o plano de patologia individual é denominado medicalização do fracasso escolar (Werner, 2000).

A medicalização de uma questão consiste na busca de causas e soluções médicas, a nível organicista e individual, para problemas de origem eminentemente social. Este processo ocorre na educação quando, frente às altas taxas de fracasso escolar, tenta-se localizá-lo na própria criança, explicando através de doenças. Isenta-se, assim de responsabilidades a instituição escolar ou sistema social (Moysés e Collares 1986, citado por Werner, 2000, p.83).

A medicalização do fracasso escolar foi uma saída para as instituições públicas justificarem o fracasso escolar dos alunos e assim não terem a necessidade de enfrentar questões econômicas e sociais. Mas esse processo trouxe consequências negativas para muitas crianças que passaram a ser rotuladas como incapacitadas para a aprendizagem. No caso do aluno apresentar uma dificuldade de concentração ou hiperatividade, esses comportamentos seriam considerados um sinal de doença e sua causa teria que ser procurada em alguma

alteração localizada no cérebro. A partir das diferentes representações de doença determinadas historicamente, o pensamento médico vai produzindo uma ordenação teórica de novas categorias e conceitos que tem uma grande inserção e repercussão social (Werner, 2000).

O diagnóstico de DCM foi inicialmente destinado a crianças de classe média, consideradas inteligentes e bem nutridas, com fracasso escolar e teve uma grande aceitação pela sociedade americana uma vez que os pais de classe média não aceitavam que o fracasso escolar dos filhos fosse justificado pelo diagnóstico de retardo mental, privação biopsicossocial e privação cultural, destinado na maioria dos casos a crianças de classes populares, preferencialmente a negros e membros de outros grupos étnicos. Muito importante nesse processo para a o atual diagnostico de TDAH, foi a aceitação da classe média, pois os pais precisavam de uma justificativa para o filho não ser um bom aluno, e à medida que o conceito foi se expandindo ele foi sendo usado também pelas classe populares, onde eram duplamente rotuladas pela deficiência sócio-cultural e por possuir deficiências neurológicas (Werner, 2000)

De acordo com Barros (2002) em meados dos anos 60 utilizava-se o termo *Síndrome Hiperkinética* para definir uma lesão cerebral orgânica que se caracterizava por um excesso de movimento, impulsividade, dificuldade de sustentar a atenção e dificuldade de respeitar regras, observadas no indivíduo.

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) (1968 citado por Schwartzman 2001) por meio do *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – II)* caracterizou o DCM como *Reação Hiperkinética da Infância*.

Na década de 70 foram publicados vários trabalhos e pesquisas sobre a hiperatividade. E no Brasil Lefèvre (1972 citado por Cypel 2003) elaborou o exame neurológico evolutivo (ENE), cujo objetivo era definir os padrões normais de várias funções

neurológicas para crianças de três aos sete anos, também sendo utilizado para avaliação de crianças encaminhadas com o diagnóstico de DCM.

Na edição do *DSM – III* (1980 citado por Schwartzman 2001) dividiu-se a categoria em outras duas categorias: Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TODA/H) e o Transtorno de Déficit de Atenção Sem Hiperatividade (TDA/ SH). Na edição do *DSM – III – R*, surgiu uma modificação da nomenclatura, passado a ser caracterizada como *Déficit de Atenção e ou Distúrbio de Hiperatividade* (DADH). Com as várias categorias que surgiram ao longo da literatura, em 1994 a edição do *DSM – IV* classificou com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade, que é utilizada atualmente. Em todo o histórico de estudos e conceitos do atual TDAH os termos utilizados foram apenas mudança de nomes, mas a base para a definição sempre foi a falta de concentração e a hiperatividade.

Com a expansão do conceito de disfunção neurológica como causa de problemas de aprendizagem, o Brasil também se inicia no campo de pesquisas sobre o assunto na década de 90, constituindo um novo campo profissional o da Psicopedagogia. O processo foi o mesmo ocorrido nos EUA onde a medicalização do fracasso escolar crescia cada vez mais como justificativa para os pais e isentava qualquer problema na escola. Consultórios e clínicas especializadas recebiam crianças que eram encaminhadas pelas escolas para um diagnóstico de distúrbios da psicomotricidade, do comportamento e da aprendizagem, e os especialistas na sua maioria legitimavam o prévio diagnóstico da escola, indicando terapias medicamentosas e psicopedagógicas (Werner, 2000).

2.2 Definição

Para o DSM – IV (1995 citado por Werner 2000) são Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção, por pelo menos seis meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento. *Desatenção*: (a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras; (b) com freqüência têm dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; (c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra; (d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções); (e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades; (f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa); (g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais); (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa; (i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias. Quando seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos seis meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento. *Hiperatividade*: (a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira; (b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; (c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação); (d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer; (e) está freqüentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"; (f) freqüentemente fala em demasia.

Impulsividade: (g) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas; (h) com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez; (i) freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras).

Existem os subtipos de TDAH classificados pelo DSM – IV: *tipo combinado* quando apresenta seis ou mais sintomas de desatenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade / impulsividade que persistem há pelo menos seis meses; *tipo predominantemente hiperativo/impulsivo* quando seis ou mais sintomas de hiperatividade / impulsividade e menos de seis sintomas de desatenção que persistem há pelo menos seis meses; *tipo predominantemente desatento* quando seis ou mais sintomas da desatenção e menos de seis sintomas de hiperatividade / impulsividade persistem há pelo menos seis meses. As crianças com TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade / impulsividade são mais agressivas e impulsivas dos que aquelas com os outros dois tipos e tendem a apresentar altas taxas de rejeição e impopularidade pelos colegas. Já o tipo combinado apresenta um maior prejuízo com o funcionamento global do que aqueles dos outros dois tipos (Schwartzman, 2001).

Para o CID – 10, o transtorno de déficit de atenção / hiperatividade está no grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida). O transtorno é caracterizado pela falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hipercinéticas são freqüentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são freqüentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se

tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham freqüentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de auto-estima. Exclui: esquizofrenia, transtornos ansiosos, globais do desenvolvimento e humor. São classificados dentro dos distúrbios da atividade e da atenção os seguintes transtornos: Síndrome de déficit da atenção com hiperatividade, Transtorno de déficit da atenção com hiperatividade, Transtorno de hiperatividade e déficit da atenção, excluindo o transtorno hipercinético associado a transtorno de conduta.

Os sistemas classificatórios modernos, DSM –IV e CID -10, enfatizam a necessidade de que cada sintoma do TDAH ocorra freqüentemente para que seja diagnosticado, assim como a duração dos sintomas. É importante a persistência dos sintomas em vários ambientes como em casa, na escola, com os amigos, e ao longo de tempo que se avalia a criança (Rohde, Constantino, Filho, Benetti, Gallois & Kielling, 2004).

O diagnóstico do TDAH deve obedecer aos critérios do DSM – IV: alguns sintomas de hiperatividade e impulsividade ou desatenção devem ter o início antes dos sete anos, manifestar-se em mais de um ambiente, por exemplo, casa e escola, e estar presente há mais de seis meses, sendo compatível com o nível de desenvolvimento do indivíduo; o quadro causa significativas dificuldades ou impedimentos no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional; exclui-se o diagnóstico, quando os sintomas ocorrem apenas no curso de transtornos invasivos do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicossomático, ou quando os sintomas enquadram-se melhor em outro transtorno mental como, por exemplo, o transtorno de humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou transtorno de personalidade (Werner, 2000).

Vemos, pois, que um dos principais sintomas do TDAH segundo os manuais, é a “desatenção”. Mas o que é desatenção? De acordo com Cypel (2003) a desatenção expressa

uma capacidade limitada que uma criança possui em permanecer atenta por um tempo necessário para realizar uma tarefa e compreendê-la ou realiza – lá, ou seja, crianças possuem curta fixação da atenção. O tempo para fixação da atenção não tem medidas ou pontuação padronizadas, sendo caracterizado de forma objetiva por quem avalia a criança e por maneira subjetiva por meio de informações dos familiares e professores, um fator de difícil avaliação pelo fato de que cada pessoa tem um critério para a questão de quanto tempo de fixação é necessário para ser considerando uma criança diagnosticada “normal”. Outros sintomas são a hiperatividade e a impulsividade, a hiperatividade corresponde ao exagero ou excesso de atividade motora da criança. A impulsividade é caracterizada por reações bruscas e imotivadas da criança, refletindo uma reação impensada e repentina. Tanto a hiperatividade como a impulsividade são reconhecidas pela observação do comportamento da criança. Tanto no fator de tempo como na hiperatividade e impulsividade caímos na mesma questão sobre os critérios de avaliação diagnóstica sobre o TDAH: como medir o tempo, a hiperatividade e a impulsividade como sinais de uma mesma doença?

Várias definições foram dadas ao TDAH. Goldstein (1998) afirma que a Hiperatividade, Desatenção ou Impulsividade isolada podem não caracterizar sintoma de TDAH e sim problemas familiares ou resultados de uma educação inadequada. Segundo Goldstein (1998) também não podemos afirmar que uma criança desatenta nunca presta atenção ou que uma criança agitada nunca ficará sentada. Infelizmente a nossa sociedade valoriza aquelas crianças bem comportadas e obedientes, pois estas não dão trabalho.

Para Rohde e Benczik (1999) há três grupos de criança com o transtorno. O primeiro grupo apresenta apenas desatenção, o segundo apenas hiperatividade e o terceiro apresenta ambos, desatenção e hiperatividade. É claro que certo grau de desatenção e hiperatividade ocorrem normalmente nas pessoas, e nem por isso elas têm o transtorno. Para dizer que a pessoa tem realmente esse problema, a desatenção e/ou a hiperatividade têm que ocorrer de tal

forma a interferir no relacionamento social da criança e na escola. Casos em que a criança apresente problemas apenas no ambiente familiar ou escolar não podem ser tratados como hiperatividade, mas sim como falta de limite ou metodologia de trabalho inadequada à aquela criança. Rohde e Benczik (1999) ressaltam que é muito importante que os pais entendam que não devem fazer nenhuma observação isolada e rotulá-lo de hiperativo. Faz-se necessário um estudo minucioso entre pais, professores e especialistas para cuidadosamente, analisar cada informação, compará-las aos sintomas e checar para que se confirme em pelo menos seis dos sintomas prescritos por estudiosos sobre o assunto, e que aconteça com frequência e em vários ambientes. Esta listagem vem explicitando sintomas dos transtornos de desatenção, agitação e impulsividade.

Segundo Hallowell (1999), o TDAH é uma síndrome neurológica, uma tríade de sintomas que composta por impulsividade, falta de concentração e hiperatividade. Sam Goldstein (1998) afirma que TDAH é um distúrbio bio-psicossocial, relacionado com fatores genéticos, biológicos, sociais e vivenciais que contribuem para a intensidade dos problemas vivenciados. Segundo Barkley (2000), o TDAH é um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controle dos impulsos e com o nível de atividade, um distúrbio neuropsicológico e seu diagnóstico não é fácil de ser feito, porque os sintomas apresentados pela criança podem ocorrer em situações diferentes, não existe um padrão de ações, nem previsão dos acontecimentos. Segundo Barkley (2000), não se sabe exatamente qual o processo orgânico que gera o TDAH, mas é reconhecida como uma deficiência nos neurotransmissores. Ocorre como resultado de uma disfunção neurológica no córtex pré-frontal. O que parece estar alterado nesta região cerebral é o funcionamento de um sistema de substâncias químicas chamadas neurotransmissores, que passam informação as células nervosas.

Silva (2003) define o TDAH não como um cérebro defeituoso, mas como um comportamento trió de base alterado formado por alterações da atenção, impulsividade e da velocidade física e mental de um cérebro que oscila e não para nunca. Defende ser a alteração da atenção, o sintoma mais importante no entendimento do comportamento do TDAH em função da tríade de base alterada (alteração da atenção, impulsividade e hiperatividade física e mental).

Não se deve afirmar que uma criança é portadora de TDAH, simplesmente porque aparentemente tem destacado alguma característica referente ao transtorno. Para tal faz-se necessário que análise tanto na família, na escola e outros ambientes, se a criança apresenta pelo menos seis sintomas de cada um dos módulos de hiperatividade/impulsiva e desatenção (Pennington, 1997).

Dentre os vários sintomas ainda existem outros sintomas do TDAH que são muito comuns: a baixa auto-estima (os portadores de TDAH não acreditam muito em si próprios e muitas vezes entram em depressão porque não conseguem desenvolver o potencial que possuem ou porque não conseguem perceber a si mesmos) ; a sonolência diurna (mesmo que tenham dormido a noite conseguem dormir durante o dia apesar de tanta agitação); o pavio curto (não consegue ficar sem dar uma resposta de imediato mesmo que esta venha lhe prejudicar, isso ocorre pela mistura de impulsividade e irritabilidade); a necessidade de ler mais de uma vez para “fixar” o que leu (isso porque eles lêem sem entender ou memorizar aspectos importantes); a dificuldade de levantar de manhã e se “ativar” para começar o dia; o adiantamento constante das coisas (não esperam sua vez sempre estão a frente da situação); a mudança de interesse o tempo todo (perdem com muita facilidade o interesse por algo que estavam fazendo com empolgação); a intolerância a situações monótonas ou repetitivas (gostam de atividades novas, curtas e rápidas); a busca frequentemente por coisas estimulantes (querem sempre inovação); variações frequentes de humor. (Mattos, 2003)

2.3 Diagnóstico e Prevalência

O transtorno de déficit de atenção / hiperatividade é uma das principais causas de procura de laboratórios de saúde mental de crianças e adolescentes. É importante para o profissional estar atento ao fato de que tanto a capacidade de atenção quanto o controle motor, ou seja, a hiperatividade, serem variáveis dimensionais, e que a primeira questão a ser examinada é a frequência dos sintomas (Rodhe, Constantino, Filho, Benetti, Gallois & Kieling, 2004).

Vários estudos internacionais e alguns mais recentes feitos no Brasil demonstram que 3 a 6% da população de crianças de 7 a 14 anos apresentam TDAH, afetando principalmente crianças em idade pré-escolar. Porém, estudos mais recentes encontraram prevalência mais alta, e os estudos mais rigorosos definiram taxas de 4% a 12% da população geral de crianças de 6 a 12 anos. Os meninos apresentam os sintomas com mais frequência que as meninas, sendo a proporção de no máximo de dois meninos para cada menina com TDAH. Em alguns estudos realizados na área de saúde mental acreditava-se que a proporção era de pelo menos 4 meninos com diagnóstico de TDAH para cada menina. Essa razão da diferença na proporção de meninos / meninas entre os estudos é simples de ser explicada, segundo Rodhe & Benczik, (1999), pois as meninas tendem a apresentar mais TDAH com predomínio de sintomas de desatenção e portanto incomodam menos a escola e em casa do que os meninos, sendo então menos indicadas para avaliação em serviços de saúde mental.

No Brasil, as pesquisas sobre prevalência de TDAH em crianças são escassas. Guardiola (1994, citado por Vasconcelos, Werner, Malheiros, Lima, Santos & Barbosa, 2003) foi o pioneiro nas pesquisas no Brasil, sua pesquisa analisou uma amostra de 484 crianças da primeira série do ensino fundamental em Porto Alegre. Ele descreveu duas taxas de prevalência: uma de 18% quando os critérios adotados foram os do DSM-III-R, e outra de

3,5% quando utilizaram critérios mais globais, incluindo avaliações comportamentais e psicométrica e o exame neurológico evolutivo. Por tanto, o diagnóstico de TDAH depende muito dos critérios que são utilizados, isso torna-se importante para o fato que crianças podem estar sendo diagnosticadas com sintomas de uma doença sem critérios muito bem definidos.

É necessária para avaliação dos sintomas numa criança a avaliação da história de vida e desenvolvimento a partir das informações com os pais, professores e com a própria criança. Sendo que estas informações podem ser obtidas por entrevistas ou por métodos de avaliação tais como testes, que têm o objetivo de compreender como a criança se comporta nos diferentes contextos em que vive. Uma equipe multiprofissional formada por médicos, psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos pode avaliar os sintomas da criança conforme o que se espera da sua faixa etária (Pennington, 1997).

O acompanhamento de crianças e adolescentes com TDAH tem demonstrado que existe variação nos sintomas mais evidentes do transtorno de acordo com a faixa etária por isso é importante a avaliação de uma equipe multifuncional para o diagnóstico. Em crianças da faixa etária de três a seis anos o transtorno é marcado pelos sintomas de hiperatividade relacionados com as dificuldades em aceitar limites e frustrações, na faixa etária de sete aos 12 anos é marcada por uma combinação de sintomas na área da desatenção, da hiperatividade e da impulsividade, e na faixa etária de 12 aos 16 anos os sintomas mais evidentes são a desatenção e a impulsividade (Rodhe & Benczik, 1999)

A presença de dificuldades do relacionamento com a família, na escola, com os colegas ou dificuldades no desenvolvimento escolar causando prejuízos, estão presentes quando a criança possui qualquer problema mental, mas nem sempre esse prejuízo é visível na vida da criança. Algumas crianças apreendem maneiras de driblar os sintomas, como quando acontece uma melhora na qualidade de vida da criança e a sensação interna de inquietude diminui, ou quando a atenção e controle motor dependem das atividades de motivação e

individualizadas, quando a criança está envolvida em uma atividade com muitos estímulos ela pode parar e concentrar-se, como por exemplo quando uma criança com TDAH consegue permanecer concentrada em um jogo de videogame. As tarefas tediosas e demoradas são pouco reforçadoras e podem realçar os sintomas. (Rodhe & Benczik, 1999)

No diagnóstico de TDAH é necessária a presença dos sintomas em pelo menos dois ambientes diferentes, e não apenas no ambiente escolar ou somente em casa, assim podemos diminuir a possibilidade, por exemplo, da criança apresentar o sintoma apenas por inadequação aos métodos de ensino ou dificuldades no relacionamento familiar. Esse diagnóstico é basicamente clínico e baseado nos critérios do DSM-IV, nas observações e entrevistas. Existem escalas que descrevem os sintomas de atenção, hiperatividade e impulsividade e medem de forma objetiva sua intensidade de acordo com a entrevista com os pais e professores, as mais utilizadas são, A Escala de Conners e a Escala de Problemas de Atenção do Inventário de Comportamentos de Crianças e Adolescentes, sendo que cada uma tem uma versão para professores e outra para os pais. As escalas são utilizadas como ferramentas complementares e não devem ser o único instrumento no processo pedagógico. (Rodhe & Benczik, 1999)

De acordo com Pennington (1997) não temos um padrão de escores em uma bateria de testes padronizados que diagnostique claramente o TDAH. Para os testes de Q.I. tem sido frequentemente observado um Q.I. inferior como também um desempenho impulsivo nas tarefas visuomotoras, o que dificulta o diagnóstico ser feito e principalmente para os psicólogos que utilizam os resultados dos testes para confirmarem a hipótese clínica.

Em outros países existem outros testes padronizados, como o de avaliação de atenção, *The Goldam-Fristoe-Woodcock Test of Auditory Discrimination* (citado em Cypel, 2003) que por meio de estímulo auditivo afere a competência da criança discriminar palavras tendo como fundo a presença de ruídos. O *The Children's Embedded Figure Test*

(citado em Cypel, 2003) faz avaliação analisando a discriminação visual com figuras em um contexto de fundo de composição que dificultam aquele desempenho. As informações oferecidas pelos testes servirão para complementar a observação direta do comportamento, são úteis e de fácil aplicação, mas podem possuir limitações por sofrerem interferências subjetivas do examinador, como por exemplo um examinador severo em seus critérios, um sujeito pouco motivado ou por estarem sujeitos a influência da instabilidade do comportamento da criança. (Cypel, 2003)

As causas neurológicas do TDAH e sua fisiopatologia são desconhecidas e os processos cerebrais específicos permanecem indeterminados. Na trajetória do conceito houve muitas tentativas de relacionar o TDAH a uma disfunção orgânica através das causas morfológicas e funcionais e dos atuais recursos de neuroimagem, mas ainda persiste a falta de comprovação de uma relação entre a causa e o efeito do TDAH, como também nos estudos de neurotransmissores e seus metabólicos.

O eletroencefalograma (EEG) é um dos exames mais solicitados no estudo de crianças com TDAH. Os dados retirados são muito úteis para pacientes com epilepsia e pouco úteis para as crianças desatentas e / ou hiperativas. As crianças que apresentam crises epiléticas do tipo ausência, em que permanecem alheias, com olhar distante e vago podem dar a impressão de estarem desatentas, sendo fundamental a realização do EEG para o diagnóstico diferencial (Werner, 2000).

Outro teste frequentemente utilizado para o diagnóstico de TDAH é o da Tarefa de Resposta Oculomotora Adiada, que consiste em que a criança olhe para um determinado estímulo visual e posteriormente apresente uma resposta motora, para analisar o intervalo de tempo em que ela é adiada, e assim testar a resposta visual e a resposta manual. Nesse teste os portadores de TDAH conseguem prestar atenção em coisas que são bonitas, novas, altamente estimulantes, interessantes ou assustadoras. Essas coisas oferecem uma estimulação

intrínseca suficiente a ponto de ativarem o córtex pré-frontal. Se a atividade não for interessante, podem levar horas para fazer uma atividade de minutos, mas se for algo que eles gostam ou lhes chamam a atenção, fazem-na com rapidez e dedicação (Cypel, 2003)

Então, segundo Werner (2000), as crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, conseguem, sim fixar a atenção e concentração quando os estímulos são direcionados ao que elas gostam. Por exemplo, uma criança com TDAH que consegue permanecer horas concentrada em um vídeo game. Dependendo dos estímulos recebidos, da motivação e da crença em si própria, a criança diagnosticada com déficit de atenção pode se manter concentrada em várias tarefas, inclusive nas atividades escolares. No entanto, isso nem sempre é levado em conta pelos educadores. No próximo capítulo vamos abordar como o diagnóstico de TDAH pode influenciar no ambiente escolar e levar ao fracasso escolar e exclusão.

Capítulo 3

Os Efeitos do Diagnóstico Sobre o Desempenho Escolar e na Relação Professor e Aluno

O ambiente escolar e a experiência que a criança adquiriu na escola podem contribuir para diferentes trajetórias de desenvolvimento, tendo um grande impacto sobre as experiências futuras. Experiências escolares podem promover a aprendizagem, motivação, realização, um bom funcionamento emocional e relações sociais saudáveis, como também podem promover e potencializar as dificuldades escolares, favorecendo a um padrão desordenado de adaptação. Segundo Samerof (2000, citado por Medeiros, Loureiro, Linhares & Maturano, 2003) vários fatores influenciam as habilidades das crianças para organizar experiências e seu funcionamento adaptativo. Dentre as muitas variáveis sobre o comportamento da criança estão a autopercepção e a auto-eficácia. A auto-eficácia é definida como:

A crença do indivíduo sobre sua capacidade de desempenho em atividades específicas. No que diz respeito ao desempenho acadêmico, o senso de auto-eficácia afeta o que os estudantes fazem, influenciando suas escolhas de atividades, o estabelecimento de metas, o esforço despendido, a persistência e perseverança frente às adversidades e o nível de ansiedade que experimentam frente às atividades (Bandura, 1982, citado por Medeiros, Loureiro, Linhares & Maturano, 2003, p. 94).

A auto-eficácia influencia no desempenho acadêmico e também é influenciada por este, tendo implicações no desenvolvimento da criança como um todo. Pode ser influenciada diretamente pelo seu impacto nos processos de motivação, auto-regulação, autopercepção e

nas expectativas de resultados nas escolhas e interesses. As principais formas de influência sobre o senso de auto-eficácia são: experiências significativas com os resultados interpretados de um desempenho proposto; a experiências através do outro pela observação social e avaliação do desempenho do outro; a persuasão social, através das avaliações que as pessoas recebem dos outros; os estados psicológicos associados a emoções negativas e positivas. (Medeiros, Loureiro, Linhares & Maturano, 2003).

De acordo com Pajares (1996, citado em Medeiros, Loureiro, Linhares & Maturano, 2003) as pesquisas sugerem que os alunos com um alto senso de auto-eficácia são capazes de realizar tarefas acadêmicas usando mais estratégias cognitivas e persistem por mais tempo do que aqueles com baixo senso de auto-eficácia. Crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem podem se julgar com baixo senso de auto-eficácia quanto às suas capacidades de desempenhar com sucesso determinadas tarefas acadêmicas. É para essas crianças que a construção da auto-eficácia está sendo particularmente aplicada com o objetivo de melhorar a crença delas na própria capacidade de desempenhar com sucesso as atividades e em consequência melhorar o desempenho escolar.

Crianças com diagnóstico de TDAH tendem a ter um baixo senso de auto-eficácia. Apesar de essas crianças realizarem produções de qualidade média e buscarem de forma mais espontânea a interação e comunicação, julgavam-se com baixa capacidade para desempenhar com sucesso as atividades acadêmicas, muitas vezes baseadas no julgamento dos professores e de seus educadores que geralmente, fixam-se muito mais em suas deficiências pessoais, nos obstáculos que irão encontrar e todos os tipos de resultados aversivos (Medeiros, Loureiro, Linhares & Maturano, 2003).

As representações sociais e construção da identidade fazem parte do ambiente escolar e suas relações, são importantes para a relação professor e aluno e no próprio desempenho escolar da criança (Oliveira, 2000).

As representações sociais são formadas por influências recíprocas e por negociações implícitas no curso das conversações, onde as pessoas se orientam para modelos simbólicos, imagens e valores. Nesse processo, os indivíduos adquirem um repertório comum de interpretações e explicações, regras e procedimentos que podem ser aplicados à vida cotidiana. Atualmente, a palavra representação ganha outro significado, não apenas vinculada diretamente à relação pensamento/linguagem, mas tomada também como conjunto de idéias, ou concepções, que os sujeitos podem ter, em torno de certas realidades, constantes dos respectivos universos culturais, ou seja, o que pensam as pessoas sobre determinadas realidades (Moscovici, 2003 citado por Barcellos, Junior, Musis & Bastos, 2005).

Essas representações estão presentes, além do ambiente escolar, nas famílias e em diversos grupos sociais, constituídas através das diversas relações de comunicações sociais e dos seus diferentes discursos. É um processo de significação social de conhecimento produzido nas relações sociais de poder e que opera através do estabelecimento de diferenças, entre as quais a representação da diferença de capacidade das pessoas que apresentam necessidades educativas especiais como os diagnosticados com TDAH. Em várias escolas o olhar para o aluno com dificuldade de aprendizagem é de discriminação e estigmatização, pois ele é considerado um aluno diferente das pessoas “normais” representando um estado de

natureza anormal em contraposição ao normal. A normalidade para muitas pessoas é uma significação do positivo, do correto, o bom, e o belo, em contraposição à normalidade tem significação do negativo, do incorreto, o mal e o feio. O aluno com dificuldade de aprendizagem é estigmatizado por ser considerado incapaz de aprender e por não pertencer ao grupo dos alunos ditos normais. Esses alunos estão representados socialmente pela diferença e pela exclusão, por ser alguém que causa ameaça ou mal-estar ao seu grupo de pertencimento e uma forma de exclusão desses alunos é a separação de classes especiais (Oliveira, 2000).

Segundo Amaral (1998 citado com Oliveira 2000, p. 63) “a classe especial é um espaço de desaparecimento. A criança é descaracterizada como aluno aprendiz e indivíduo”. A classe especial na escola é lugar de bagunceiro, burro, deficiente, delinqüente, alienado, é um lugar para onde se encaminham os diferentes, onde são enfatizadas as limitações do indivíduo e não a estrutura organizacional e pedagógica da escola. Em estudos feitos por Paschoalick, Rodrigues e Denari (1984, citado em Nunes & Andrade, 1998) em turmas de séries iniciais que estavam fornecendo a população para as classes especiais, constatou-se que a avaliação dos alunos, feita pelos professores, não era rigorosa, existindo uma generalidade de definições e imprecisão de critérios de avaliação, que são utilizados para o encaminhamento das crianças, transformando assim a classe especial numa alternativa de ensino de caráter remediador. Mesmo não existindo mais classes especiais o encaminhamento continua, agora para os serviços de apoio psicológico.

A identidade da criança é constituída na relação social com o outro, apresentada sob forma de personagens através dos quais os indivíduos desempenham papéis no contexto social. A identificação do aluno como um ser anormal ou incapaz por causa de dificuldades na aprendizagem tem como base a sua não identificação com a normalidade, construídas através das relações concretas de discriminação. Há então uma interiorização e uma identificação do

indivíduo pela negação e pelo não pertencimento ao grupo dos normais imposto por outras pessoas (Oliveira, 2000).

A criança com diagnóstico de TDAH pode vir a construir sua auto-percepção baseada na identificação que outras pessoas fazem dele como um ser anormal, um ser diferente que não pertence ao grupo dos normais. Essa auto-percepção de si próprio como um ser anormal e diferente influencia no senso de auto-eficácia, no processo de cognição, afeto, seleção de atividades e ambientes. Essas crianças não são capazes de visualizar, a si mesmos executando atividades com habilidades e suas escolhas de atividades e ambientes é feita baseada nas suas percepções do que é seguro (Oliveira, 2000).

O processo de aprendizagem sofre grande influência das representações sociais que a criança com dificuldade de aprendizagem recebe e da construção da identidade que ela faz no ambiente escolar. É construído pelo processo de interação entre as pessoas e pela inserção na cultura. A relação com o outro não é apenas importante para construção do processo de aprendizagem, mas também na constituição do próprio sujeito e suas formas de agir, e o professor tem o papel de mediador e internalizador dos aspectos fundamentais para a aprendizagem. Cada vez mais, é fundamental que o professor tenha uma nova postura diante do processo ensino-aprendizagem, que procure reconhecer e entender as necessidades dos alunos de uma forma geral, utilizar métodos diferenciados de ensino que respeitem o modo de ser do aluno, resgatando, assim, o seu desejo de aprender, e não estabelecendo uma relação professor-aluno a partir do rótulo e representações sociais negativas. O professor que possui o conhecimento e consciência do seu papel poderá contribuir para o sucesso do aluno como um todo (Ferreira, Correia & Oliveira, 2006).

Um número cada vez maior de crianças tem sido rotuladas como tendo dificuldades de aprendizagem pelas escolas, como por exemplo o “aluno TDAH”, o “aluno com Retardo Mental”, onde são vítimas de representações sociais discriminatórias e estigmatizadas. A

escola muita vezes usa esse rótulo como justificativa para o fracasso escolar, evitando assim ser responsabilizada pelo rendimento inferior da criança, onde mais uma vez temos indícios da medicalização do fracasso escolar (Sternberg & Grigorenko, 2003).

Crianças muitas vezes já rotuladas na sala de aula, geralmente são encaminhadas ao serviço médico ou ao serviço de saúde mental, onde são atendidas por médicos ou psicólogos imbuídos do mesmo preconceito da professora e escola, que não hesitam em diagnosticar a criança sem uma avaliação mais profunda. A criança então é condenada ao rótulo e ao fracasso escolar em função de uma dificuldade de aprendizagem. São essas condições escolares que contribuem para reproduzir a desigualdade social, exclusão e medicalização do fracasso escolar. (Collares, 2006).

A educação tem como objetivo contribuir para que a interação e convivência da criança na sociedade sejam produtivas e marcadas pelos valores de solidariedade, liberdade, cooperação e respeito, e facilitar e incentivar atitudes de cooperação social e responsabilidade moral independente das diferenças e dificuldades de aprendizagem, então a escola tem papel fundamental na qualidade dos relacionamentos que o sujeito vai estabelecer na sua vida. É essencial, para uma aprendizagem de qualidade, que a criança esteja motivada e envolvida nas ações propostas e o professor é o principal responsável por estimular e criar condições para essa motivação, garantindo o desenvolvimento integral de seu aluno. O bem-estar geral da criança vai exercer um papel fundamental para o bom desempenho escolar (Sternberg & Grigorenko, 2003).

Estudos sobre os diagnósticos e a recuperação das crianças consideradas com dificuldades, assim como as políticas de compensação destinadas a essas crianças, mostraram grande importância dos processos de rotulação e segregação na produção de mais fracasso escolar. A implementação de circuitos institucionais diferenciados para os alunos considerados com dificuldades, a segregação social de que estes alunos acabam virando

objetos, os programas de recuperação nos caso, atuais “salas de apoio” ou os “programas de aceleração”, são apenas reforçadores dos mecanismos de produção do fracasso escolar (Terigi & Baquero,1997).

A análise do fracasso escolar na perspectiva de uma análise de contingências permite uma compreensão com mais transparência sobre o papel doas principais agentes da educação, o professor e o aluno. É necessário que o professor desenvolva um programa de ensino que acompanhe a aprendizagem do aluno, respeitando o seu ritmo e sua capacidade, Mas pesquisas de Viecili e Medeiros (2002) revelam que os alunos com história de fracasso escolar e alunos sem fracasso escolar recebem diferentes tratamentos pelos professores e consequentemente se comportam também de maneira diferente. Os professores utilizam coerção e estimulação positiva diferente para os dois grupos de alunos, punindo mais os comportamentos dos alunos com fracasso escolar e reforçando positivamente mais os comportamentos dos alunos sem fracasso escolar. Ou seja, um aluno diagnosticado com TDAH provavelmente receberá mais tratamento coercitivo por parte do professor, estabelecendo-se assim um circulo vicioso.

A coerção, um instrumento comum usado em nossa sociedade para controlar o comportamento dos outros, está presente também em sala de aula e seus efeitos são desastrosos, porque a ansiedade e o medo decorrentes dessa maneira de ensinar caracteriza-se como determinantes da evasão e dos comportamentos de depredação de tudo que representa a escola. Os alunos com diagnósticos de TDAH e com outras dificuldades de aprendizagem sofrem também com a coerção dos professores, não somente por terem um histórico de fracasso escolar, mas também por pertencer a uma categoria considerada “diferente” dos demais alunos. Como a maioria dos professores são despreparados para ensinar essas crianças, usam a coerção para controlar seus comportamentos, prejudicando o aprendizado (Viecili e Medeiros, 2002).

Essas crianças, que antigamente foram segregadas em instituições de ensino especial por causa de suas dificuldades, atualmente continuam segregadas, só que agora dentro na própria escola regular, pois elas continuam sendo consideradas parte de uma categoria diferente e sendo excluídas da escola pela rotulação e falta de programas adequados para a aprendizagem. A integração dos alunos com dificuldades no ensino regular envolve questões como as diferentes concepções de deficiência, e como os programas de avaliação, diagnóstico e prognóstico relacionam, de maneira errada, a não normalidade colocada pelos padrões sociais (Carneiro, 1997).

A palavra inclusão aplica-se a uma definição mais ampla de inclusão que atinge as mais variadas formas de vida social, indicando uma inserção total e incondicional. Segundo Werneck (1997, citado por Batista & Enumo, 2004) a integração, por sua vez, dá a idéia de inserção parcial e condicionada às possibilidades de cada pessoa, já que o pressuposto básico é de que a dificuldade está na pessoa portadora de deficiência, e que estas podem ser incorporadas no ensino regular sempre que suas características permitirem. A inclusão exige a transformação da escola, pois defende a inserção no ensino regular de alunos com déficits e necessidades, cabendo às escolas se adaptarem às necessidades dos alunos, ou seja, a inclusão acaba por exigir uma ruptura com o modelo tradicional de ensino. A noção de inclusão, por essa razão, não estabelece parâmetros em relação a tipos particulares de deficiências. Isso é importante. Portanto, dentro da noção de inclusão, não existiria “preparo para lidar com “o TDAH”, e sim uma mudança radical da escola para torna-se verdadeiramente plural (Batista & Enumo, 2004).

Atualmente as escolas pregam a inclusão apenas colocando as crianças com e sem dificuldades na mesma sala de aula, e não são as relações próximas que fazem alguém pertencer a um grupo, mas o grupo com o qual se identifica; o grupo de referência ou grupo psicológico é o que conta. O processo básico de formação do grupo não está centrado na

atração nem na interdependência, mas, sim, na identificação. Pertencer a grupos causa a reação e a percepção de que somos semelhantes de algum modo aos outros membros do grupo, que há algo em comum entre nós (Batista & Enumo, 2004). Portanto, colocar uma criança na sala de aula e depois rotulá-la como “diferente”, “TDAH”, ou qualquer outro rótulo é o contrário do que se espera numa sala inclusiva.

O sucesso escolar e a integração social da criança são determinados pelas condições concretas da vida, pelas dificuldades como resultado das relações que se estabelecem entre os indivíduos. Em relação a integração social:

Mais do que olhar para o deficiente e examiná-lo detidamente para se compreender algo acerca da deficiência, é preciso olhar para a coletividade que o identifica como deficiente, encaixando-o em uma categoria de desviante e tratando-o distintivamente. Ninguém é deficiente por si só. Alguém é deficiente perante uma audiência e dentro de determinadas circunstâncias (Omenote, 1994, citado por Carneiro, 1997, p.129).

Mesmo com todos os avanços na compreensão do papel da escola e no processo de desenvolvimento e aprendizagem, ainda existe uma forte marca liberal no pensamento educacional que contribui para o preconceito em relação às capacidades e diferenças intelectuais das crianças. As práticas pedagógicas nas redes públicas contribuem para reafirmar que a dificuldade de sucesso escolar de crianças é proveniente das suas deficiências e condições de vida, esquecendo assim outros fatores de responsabilidade da escola e dos indivíduos nela presentes (Carneiro, 1997).

Conclusão

A rejeição aos indivíduos com dificuldades de aprendizagem é uma das principais problemática dos portadores do Transtorno de Déficit de Atenção. Ignorar essas crianças ou trata-las como pessoas sem esperança de aprendizagem é injusto e não proveitoso para elas e para toda uma sociedade. Esses indivíduos estão longe se ser “sem esperança”, contado que esta não lhes seja roubada.

Crianças diagnosticadas com TDAH necessitam serem ajudados para conseguir o máximo do seu potencial e desenvolver suas potencialidades através de práticas pedagógicas, que o sistema educacional atual falha em descobrir e até de manifestar. Os serviços especiais, como salas de apoio ou classes de aceleração para onde são encaminhadas crianças com dificuldades escolares não ajudam a desenvolver plenamente suas habilidades e nem encorajam a sua potencialidades par aprender.

É necessária a superação da exclusão escolar pelos meios de eliminação dos mecanismos institucionais seletivos que possibilitam o isolamento desses alunos com dificuldades de aprendizagem, ou seja, uma inclusão escolar desses alunos junto com as demais crianças. Atentando para o fato que não basta apenas colocar os todos os alunos na mesma sala de aula, mas sim uma inclusão efetiva que utilize todas ferramentas possíveis para o sucesso escolar de todos os alunos.

Uma das principais implicações das pesquisas sobre TDAH e rendimento escolar são os efeitos que o diagnóstico pode trazer para a criança, como o fracasso escolar e a exclusão. Daí a extrema importância estar atento para a avaliação correta de cada criança. O diagnóstico de TDAH deve ser avaliado por uma equipe multiprofissional, para que ocorra uma avaliação dos sintomas em relação ao que se espera de desenvolvimento da faixa etária a que a criança

pertence. Para uma boa avaliação dos sintomas não basta apenas seguir os critérios diagnósticos, mas também ser feita uma avaliação da história de desenvolvimento da criança a partir de informações coletadas com os pais, professores e a própria criança, normalmente obtidas por entrevistas ou por métodos de avaliação tais como testes. Muitas crianças estão sendo diagnósticas apenas pela observação dos professores e sem uma equipe multiprofissional adequada. Como as implicações do diagnóstico do TDAH são de grande importância e podendo trazer prejuízos na vida da criança, devemos estar atentos para que crianças não sejam diagnosticadas erroneamente.

Após terem sido realizadas várias leituras relativas ao tema, conclui-se que a criança diagnosticada com TDAH de ser compreendida como ser humano, respeitada em todas suas dimensões e ainda, necessita receber afetividade, atenção, apoio, motivação e práticas pedagógicas direcionadas para o seu desenvolvimento e aprendizagem. É importante que a criança possa passar por todos os estágios do desenvolvimento sem que haja sofrimento psíquico, pois o sofrimento psíquico pode levar ao não aprendizado esperado.

Assim como afirma Fonseca (1995) a aprendizagem é entendida como uma mudança de comportamento provocada pela experiência de outro ser humano e não meramente pela experiência própria e prática em si, ou pela repetição ou associação automática de estímulos e respostas. Assim, prova-se que não se pode culpar a criança pelo seu fracasso escolar, mas que a análise da problemática deve ser feita da forma mais abrangente possível, nas representações, rótulos, exclusão, práticas pedagógicas e no uso da medicalização do fracasso escolar.

O sistema educacional em seu papel de inclusão deveria usar a valorização dos papéis sociais, compreendendo o desenvolvimento de habilidades pessoais e o aprimoramento da imagem social das crianças. Não é comum à educação das pessoas com dificuldades de aprendizagem adaptar o objeto de aprendizagem às características do funcionamento mental

que são próprias desses alunos. Normalmente se exige que eles correspondam como as pessoas “normais” de sua idade, às expectativas da escola, ou seja, de um meio cognitivo que não está previsto para eles e, muitas vezes, nem mesmo para seus pares supostamente, sem “deficiências”. Essa situação redundante, então, em fracasso escolar e traz consequências sobre a imagem social e a auto-estima dos profissionais da escola em geral e, principalmente, para as crianças diagnosticadas e rotuladas.

A principal recomendação para os professores e instituições de ensino, é que quando se depararem com crianças com dificuldades de aprendizagens, recorram às avaliações diagnósticas de pedagogos, psicólogos e outros, mas não desistam de ajudar uma criança diagnosticada com TDAH. Não a deixe a mercê do tempo e do mundo. O TDAH é um transtorno de comportamento e não de aprendizado, e como todo transtorno comportamental, é circunstancial e pode mudar quando se muda o ambiente. É importante diferenciar “dificuldades em se adaptar ao sistema educacional” de “impossibilidades de aprendizagem”. Toda criança é inteligente se lhe dermos uma chance de ser bem sucedida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramowicz, A. & Moll, J. (1997). Para além do Fracasso Escolar. In: Carneiro, M. S. C. *A Integração de Alunos Considerados Especiais nas redes públicas de Ensino – um olha Vygotskiano*. Campina, Sp: Papyrus.
- Abramowicz, A. & Moll, J. (1997). Para além do Fracasso Escolar. In: Terigi, F. & Baquero, R. *Repensando o Fracasso Escolar pela Perspectiva Psicoeducativa*. Campina, Sp: Papyrus.
- Barkley, R. A. (2000). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para os pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Barcellos, P. A. O. Severino J. M. A., Muis, C. R. & Bastos, H. F. B. N. (2005). As representações sociais dos professores e alunos na escola. *Ciência & Educação*. Vol. 1. 213-222.
- Barros, J. M. (2002). *Jogo infantil e hiperatividade*. Rio de Janeiro: Sprint.
- Batista M. W., Enumo S. R. F. (2004). Inclusão escolar e deficiência mental: análise da interação social entre companheiros. *Estudo de Psicologia*. Vol.9 n.1. 101-111.

Collares, C. A. L. *Ajudando a Desmistificar o Fracasso Escolar*. Disponível em:

http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_06_p024-028_c.pdf

Acesso em: 25 de setembro 2006

Cypel, S. (2003). *A criança com déficit de atenção e hiperatividade: Atualização para pais, professores e profissionais da saúde*. São Paulo: Lemos Editorial.

Duarte, M. F. S., Colhaço, J. T. D., & Silva, E. C. (2005) Educação Física e Saúde Pública: Uma proposta de intervenção do centro de orientação de atividade física e saúde (CAFIS) da UFSC. *Revista eletrônica de extensão*, 3.

Editorial (2000, jun) A saúde pública no século XX. *Revista Saúde Pública*, 34 (3), 211-213.

Ferreira, M. M., Correia, G. F., Oliveira S. R. S. (2006). *O sucesso escolar da criança que apresenta Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*.

Fonseca, V. (1995). *Introdução às dificuldades de aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Goldestein, S. (1998). *Hiperatividade: Como Desenvolver a Capacidade de Atenção da Criança*. Campinas, SP: Papiros.

Hallowell, E. M. (1999). *Tendência à Distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção (DDA) da infância à vida adulta*. Rio de Janeiro: Rocco.

Mattos, P. (2003). *No mundo da Lua: Perguntas e respostas sobre o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo: Lemos Editorial.

Medeiros, P. C., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. M. & Marturano, E. M (2003). O senso de auto-eficácia e o comportamento orientado para aprendizagem em crianças com queixa de dificuldade de aprendizagem. *Estudos de Psicologia*. 8(1). 93-105.

Nunes, C. M. F., Dr. Andrade, A. S. (1998). Construção e Desconstrução de uma ‘Classe Especial’ de 1a. Série do Ensino Fundamental na Escola Pública. IN: *Congresso Ibero-Americano de Educação Especial, III, Foz do Iguaçu, PR, 4-7 de novembro, ANAIS*. 182-186.

Oliveira, I. A. (2000). Espaço Escolar – Território de Construção de Representações e Identidades. *Trilhas*. Vol.1, n. 2. 56-65.

Pennington, B. F. (1997). *Diagnóstico de Distúrbios de Aprendizagem*. São Paulo: Pioneira.

Poeta, L. S., Neto F. R. (2004). Estudo epidemiológico dos sintomas de Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade e Transtornos em escolares da rede pública de Florianópolis usando EDAH. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 26(3), 150-5.

Rohde, L. A., Benczik, E. B. P. (1999). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: O que é? Como ajudar?*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul.

Rohde L. A., Constantino E., Filho M., Benetti L., Gallois C., Kielling C. (2004). Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Revista Psiquiatria, Clínica*. 31(3), 214-131.

Savastano, H. (1980). Abordagem do binômio saúde-doença e do conceito de personalidade no ecossistema. *Revista Saúde Publica*, 14, 137-142.

Schwartzman, J. S . (2001). *Transtorno de Déficit de Atenção*. São Paulo: Editora Mackenzie.

Segre, M. & Ferraz, F. C. (1997, out). O conceito de saúde. *Revista Saúde publica*. 31 (5), 538-542.

Sevalho, G. (1993, jul/set). Uma abordagem Histórica das representações Sociais de Saúde e Doença. *Caderno Saúde Pública*, 9 (3), 349-363.

Silva, A. B. (2003). *Mentes Inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. São Paulo: Editora Gente.

Sternberg, R. J. & Grigorenko, E. L (2003). *Crianças Rotuladas: o que é necessário saber sobre as dificuldades de aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.

Vasconcelos, M., Wener, J., Melheiros, A. F. A., Lima, D. F. N., Santos, I. S., & Barbosa, J. B. (2003). Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivo Neuropsiquiatria*. 61(1). 67-73.

Viecili, J. & Medeiros, J. G. (2002). A coerção e suas implicações na relação professor-aluno.

Psico-USF. Vol. 7 (2). 229-238.

Yépez, M. T. (2001, jul/dez). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios.

Psicologia em Estudo. 6 (2), 49-56.

Werner, Jairo. (2000) *Saúde & Educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno*. Rio de Janeiro: Gryphus.